



08/06/2020

Número: **0001042-14.2019.8.17.3480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Timbaúba**

Última distribuição : **29/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.162,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
KILMA MARIA DA SILVA (AUTOR)		GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63142163	08/06/2020 11:33	2725083_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TIMBAUBA/PE

Processo: 00010421420198173480

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **KILMA MARIA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **16/03/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **22/09/2017**.

Cumprido esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossigue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **16/03/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 337,50 (TREZENTOS E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

⁶ "PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**" (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷ "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸ art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TIMBAUBA, 28 de maio de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **KILMA MARIA DA SILVA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **TIMBAUBA**, nos autos do Processo nº 00010421420198173480.

Rio de Janeiro, 28 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0001042-14.2019.8.17.3480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Timbaúba**

Última distribuição : **29/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.162,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
KILMA MARIA DA SILVA (AUTOR)		GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63142738	08/06/2020 11:33	ANEXO 1	Outros (Documento)


 Data: 15/12/20
 Hora: 16:03

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

Prefeitura Municipal: PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAUBA
 S.M.S. HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
 Unidade de Saúde: HOSP MUNIC DR JOAO COUTINHO E MAT D PRIMITIVA

01 - DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO

Nome do Usuário: Helma Maria da Silva
 Cartão SUS: _____ Data Nascimento: 10/09/2072 Idade: _____ Sexo: f
 Mãe: _____ Pat: _____ Ocupação: _____
 Logradouro: _____ Nº: 385 Complemento: _____
 Bairro/Localidade: na foz da barra Município: Timbauba U.F.: _____ Telefone: _____
 Clínica: _____ Data: _____ Hora: _____
 Motivo da procura: _____ Rubrica Servidor: _____
 Assinatura do Paciente: _____

02 - ACOLHIMENTO () Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco: paciente vítima de colisão moto - carro, em via pública pelo SANE, após colisão
 Assinatura: [assinatura] Classificação: Verde

03 - ANAMNESE:

Estado não sabe informar se é alérgico, nega HAS, DM, Doença renal crônica, de colisão moto - carro, em via pública com queixo de um dos ossos do crânio fraturado. Em tempo presente continua após o acidente, com queixo do crânio e nariz e labial.

04 - EXAME FÍSICO: Temperatura: _____ F.C.: 76 PA: 120x70 F.R.: _____ Glasgow: _____

AO exame B.O., L.O.T.F., supracardíaco, bradycardia, não comovido, apnéia, saturação oxigênio de 95% em RTA. ACN: PCR em 2T, BENT 2T. ADORE: NDN.
Neurologia: Glasgow 15 Pupilas anisocóricas, isocóricas e reativas.

05 - EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

() Laboratório: ND - Acidente Materialístico
 () Radiológico: _____
 () ECG () Outros: ed - Obstrução

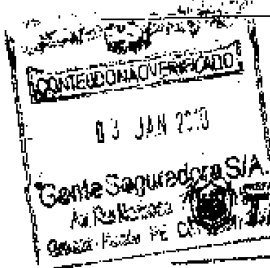
Hipótese do Diagnóstico: - Ruptura de Aorta - 500 ml, Exat.
- Dissecção - Cl. Aorta D.I.E.

Conduta: () Medicação () Observação () Laudo para AEM
 Saída: Data/Hora: _____ às _____ () Alta referida para UBS () Outros: _____
 () Outra Unid. Urgência () Especialidade
 () Internação no Hospital

Médico: (Carimbo e Assinatura)
Dr. Emanuel...
 CRM-PE 9771
 CRM-PE 23610



3170617705



HOSPITAL MUNICIPAL
DRº JOÃO COUTINHO



RECEITUÁRIO

paciente vítima de acidente com mobil
trauma fratura de clavícula
direita, foi submetido a
tratamento conservador com
imobilização provisória
por curativo e enfaixeamento
para de fazer parte o
regime normal de vida
a gravidade da fratura

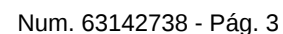
Dr. V. P. 19/11/20

Dr. Jorge V. Neves
Médico - CRM 44261/PE

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



15:05:39



21/06/2020

ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:05:40

ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:05:40



HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOÃO COUTINHO

Hospital do Tricentenário

RECEITUÁRIO

Atesto para o Sr. desiderio que
a paciente Kelma Maria da

54 anos, tem fratura de
clavicula trauma em respiro

de costela direita devido a caída

moto - cavalo no dia 16/03/2017.

paciente fazia uso de capacete

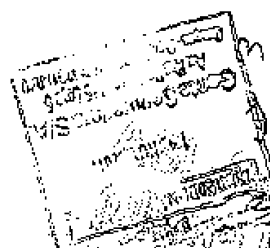
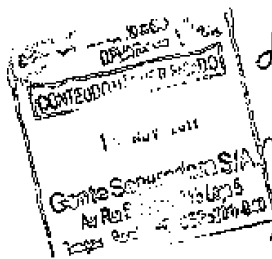
no momento do acidente

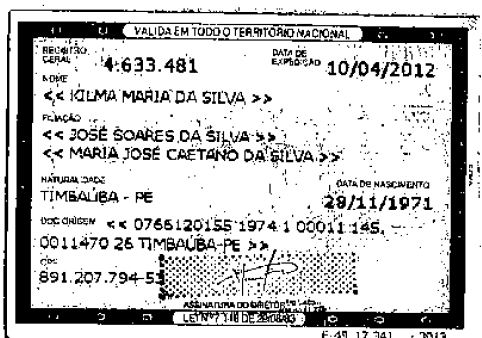
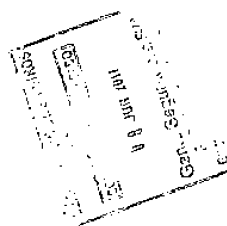
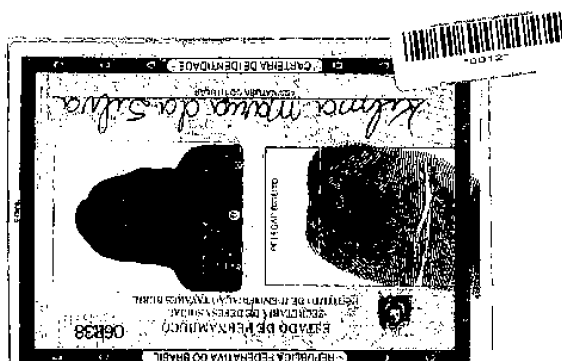
natura acompanhada em tratamento

em andamento. Paciente mantém em

pacal do trauma no

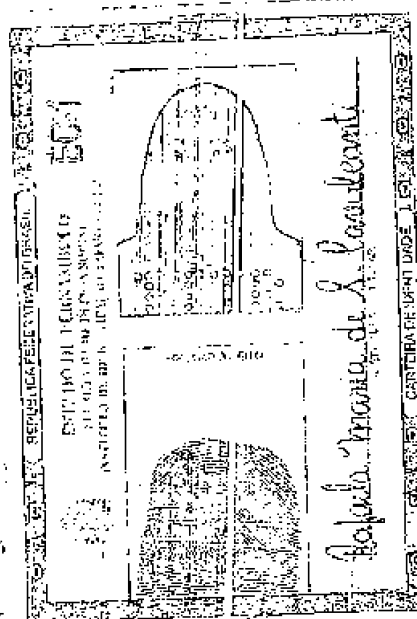
BR 408 KM 28 - LOTEAMENTO ARAÚJO
CEP: 55870-000 - TIMBAÚBA - PE





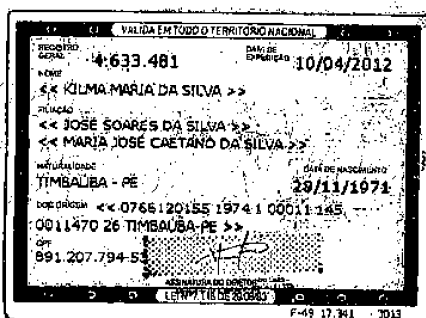
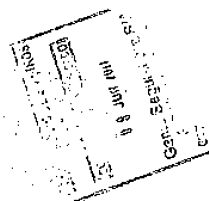
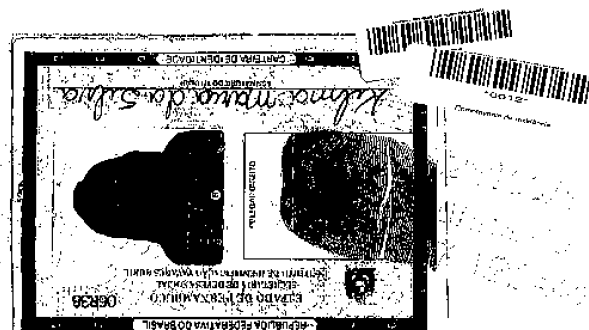


-0012-



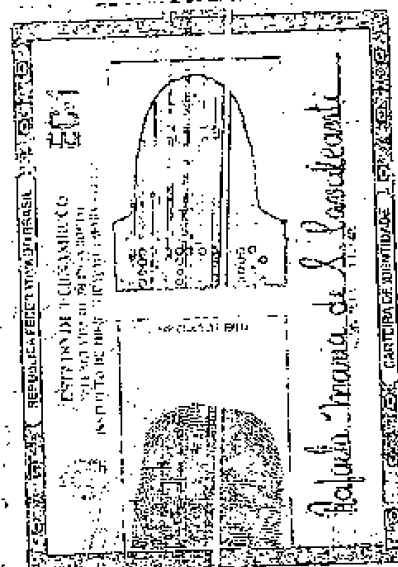
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	
REGISTRO CIVIL	7.785.638
DATA DE EMISSÃO	10/02/2014
NOME << RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI >>	
FILIAÇÃO << JOSÉ MANOEL DE SANTANA >>	
<< MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTANA >>	
LOCAL DE NASCIMENTO	VICÊNCIA - PE
DATA DE NASCIMENTO	24/12/1985
NÚMERO << 0760340155 2013 2 00015 037 >>	
0004944 10 VICÊNCIA PE >>	
CPF 086.005.684-80	





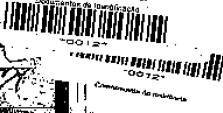
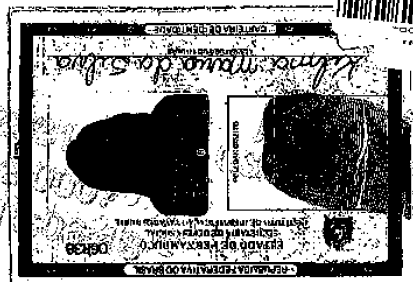


Comprovante de entrega de 001
0012



VÁLIDA EM TODA INTERPRETAÇÃO NACIONAL	
RECEBIMOS	7.768.638
DATA	10/02/2014
NOME: << RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI >>	
FILIAÇÃO: << JOSÉ MANOEL DE SANTANA >>	
<< MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTANA >>	
LOCAL	VICÊNCIA - PE
DATA DE NASCIMENTO	24/12/1986
CPF: << 0760340155 2013 2 00015 037 >>	
0004944 10 VICÊNCIA PE >>	
085.005.684-80	
ST. JOTA	
7-53-35-287	



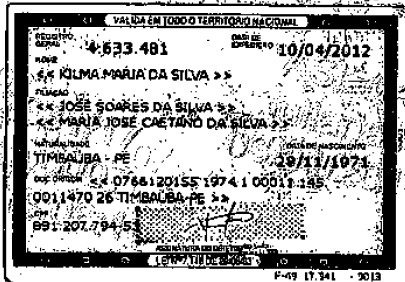


2321/17
Juliana Maria.0007
03/01/2018 13:06:13

ASL-0442331/17
Juliana Maria.0007
03/01/2018 13:06:13

ASL-0442331/17
Juliana Maria.0007
03/01/2018 13:06:13

ASL-0442331/17
Juliana Maria.0007
03/01/2018 13:06:13



2321/17
Juliana Maria.0007
03/01/2018 13:06:13

ASL-0442331/17
Juliana Maria.0007
03/01/2018 13:06:13



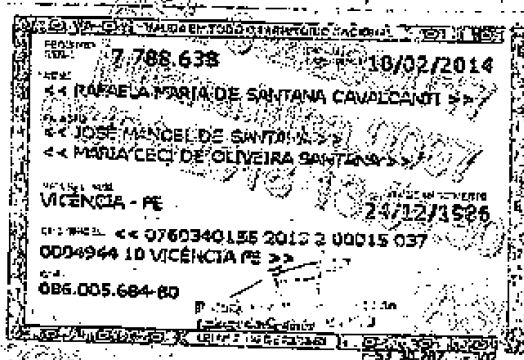
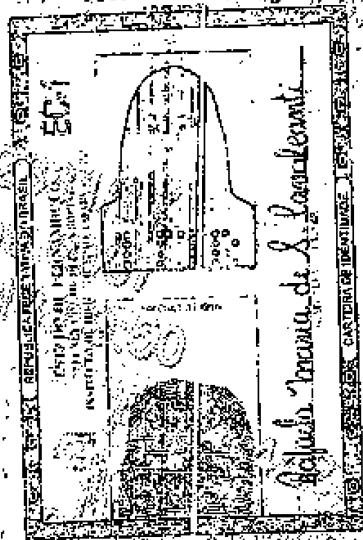


ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:09:50

ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:09:50

ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:09:50

ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:09:50



ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:09:50

ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:09:50

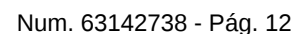




REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES				SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT			
DETRAN - PE Nº 012213706329 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO				PE Nº 012213706329 - BILHETE DE SEGURO DPVAT			
1 162953305 EXERCÍCIO 2016				ELIAS MORAES DE OLIVEIRA			
ELIAS MORAES DE OLIVEIRA				ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
TIMBAUBA - PE				www.dpvatsegurodotransito.com.br			
823 201364-97 PLACA KME7709				SAC DPVAT 0800 022 1204			
PLACA ANTIGA 823 201364-97				EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 18/04/16			
MARCA / MODELO YAMAHA / FACTOR YBR125 K				VIA 1 CPF / CNPJ 823 201 364-97 PLACA KME7709			
CATEGORIA PARTIC COMBUSTÍVEL VERMELHA				RENAVAM 162953305 MARCA / MODELO YAMAHA / FACTOR YBR125 K			
COTA ÚNICA 12009 VENC. COTA ÚNICA 12009				ANO FAB 2009 CAT. ANT 09 Nº CHASSI 9C6FE1220900080312			
PREMIO TARIFARIO (R\$) 10,00				PREMIO TARIFARIO			
PREMIO TOTAL (R\$) 10,00				FMS (R\$) CONTRATAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)			
AL. FID. BANCO BRADENCO FINANCEIRA				CUSTO DO BILHETE (R\$) DE (R\$) JOTA A SER PAGOS (R\$)			
TIMBAUBA - PE 18/04/16				COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUATROZ			
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR				SEGURADORA LIDER - DPVAT			
DETRAN - PE				CNPJ 09.240.890/0001-66			
DETRAN - PE				www.segura.dorelida2.com.br			



28 June 1961



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/06/2020 11:33:43
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060811334350900000061990355>
 Número do documento: 20060811334350900000061990355

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170318113

Cidade: Timbaúba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KILMA MARIA DA SILVA

Data do acidente: 16/03/2017

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Acidente de transito sem relato de trauma específico

Resultados terapêuticos: Resolução completa, sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180016829

Cidade: Timbaúba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KILMA MARIA DA SILVA

Data do acidente: 16/03/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVICULA DIREITA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180016829

Cidade: Timbaúba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KILMA MARIA DA SILVA

Data do acidente: 16/03/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: RELATA DOR LOCAL, PRINCIPALMENTE EM REGIÃO DO MANGUITO ROTADOR. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA, ROTAÇÃO INTERNA E ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TIPOIA POR UM PERÍODO DE 40 DIAS. FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL. REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO



0023

Documento assinado eletronicamente
Assinatura: 20060811334350900000061990355

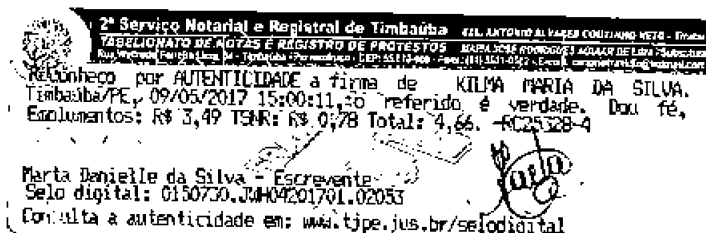
OUTORGANTE: Kilma Maria da Silva, Portador (a) do documento de identidade nº M 633.781, expedido por SUS/PE, inscrito no CPF sob o nº 891.807.78453, residente na Rua João Gonçalves Vieira 385 Embaixada

OUTORGADO: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80,, residente na cidade de Buenos Aires/PE.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Líder, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes.

Local e Data: Timbaúba /PE, 09 de maio de 2017.

Outorgante: Kilma Maria da Silva





INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Kilma Maria da Silva Portador (a) do documento de identidade nº 033.781 expedido por SUS/PE, inscrito no CPF sob o nº 891.803.794-53, residente na Rua José Gonçalves Yedra 385 Timbalá

OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80,, residente na cidade de Buenos Aires/PE.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Uder, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes.

Local e Data: Timbalá /PE, 09 de maio de 2017.

Outorgante: Kilma Maria da Silva

2º Serviço Notarial e Registral de Timbalá
TABELADORA DE NOTAS E REGISTRO DE PROPOSTAS
Nacionalizado por AUTENTICIDADE a firma de KILMA MARIA DA SILVA
Timbalá/PE, 09/05/2017 15:00:11:50 referido é verdade. Dou fé.
Emolumentos: R\$ 3,49 TSNR: R\$ 0,78 Total: 4,66 - RCE5528-4
Marta Danielle da Silva - Escrevente:
Selo digital: 0150730.JUD404201701.02053
Consulta a autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital

8 JUN 2017
3



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Kilma Maria da Silva Portador (a) do documento de identidade nº 41.633.781 expedido por SPS/PE, inscrito no CPF sob o nº 591.402.794-55, residente na Rua Joo Goncalves Keller nº 385, Imperial.

OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SPS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na cidade de Buenos Aires/PE.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Lider, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgar necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes.

Local e Data: Imperial /PE, a 9 de maio de 2017.

Outorgante: Kilma Maria da Silva

2º Serviço Notarial e Registral do Timbóia
EXERCIÇÃO DE ATIVIDADES DE PROTESTO: NÃO POSSO PROTESTAR
Assinado por AUTENTICIDADE: KILMA MARIA DA SILVA
Timbóia/PE, 09/05/2017 15:00:11 P.S. referido e verificado. Data: 09/05/2017
Emolumentos: R\$ 3,49 I.R.R.: R\$ 0,70 Total: R\$ 4,19 - R\$ 3,49 = R\$ 0,70

Porta Danielle da Silva - Escrevente
Selo digital: 0130720.3440201701.02053
Consulte a autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **KILMA MARIA DA SILVA** Sinistro: **3180016829** Data: **16/03/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Avenida João de Barros, 111 - Boa Vista - Recife - PE - CEP 50050-902**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds** / **PE**] **4633481**

Data local do exame: [**22/01/2018**] **Golana**

[**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. RELATA DOR LOCAL, PRINCIPALMENTE EM REGIÃO DO MANGUITO ROTADOR. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA, ROTAÇÃO INTERNA E ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TIPOIA POR UM PERÍODO DE 40 DIAS. FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL. REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do ombro direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Ombro direito

% do dano: (**X**) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

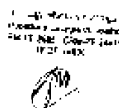
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **KILMA MARIA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180016829**

Vítima: **KILMA MARIA DA SILVA**

Data do Acidente: **16/03/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180016829**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12216986

Pag. 00327/00328 - carta_01 - INVALIDEZ

00020164



Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: KILMA MARIA DA SILVA

Sinistro: 3180016829
Vítima: KILMA MARIA DA SILVA
Data do Acidente: 16/03/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180016829** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00389/00390 - carta_02 - INVALIDEZ

00050195



Carta nº 1232180



Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12319515

A/C: KILMA MARIA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180016829
Vitima: KILMA MARIA DA SILVA
Data do Acidente: 16/03/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: KILMA MARIA DA SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000877

Conta: 000009573-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00331/00332 - carta_15R - INVALIDEZ

00030166





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELO

DECLARANTE/CPF Nº 00000000000

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no Banco.

EU, Kilma Maria da Silva
PORTADORA DO RG Nº 4.693.481 EXPEDIDO POR SDS/PE EM 10/04/2012
CPF 19.120.319.94.53 ACNP 00000000000000000000 PROFISSÃO
E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Kilma Maria da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

1) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembra-se que os documentos abaixo relacionados não devem de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresarial) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em processo (neste momento revoga-se a aceitação da proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelada (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) Nº da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO Caixa Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0837 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 9593-8 ✓

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E/OU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

10 de Maio 2012

Kilma Maria da Silva de maio de 2012
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.545/2008) e reembolso de até R\$ 2.709,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse o site www.susep.gov.br ou ligue para o SAC DPVAT (0800-111111).





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PE:

Declaração Original e Única válida

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Rilma Maria da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 4.633.481 EXPEDIDO POR SDS / PE EM 10/04/2017
CPF 189.120.389.53 (CNPJ) 00.000.000/0000-00 PROFISSÃO Docente
E RENDA MENSAL DE R\$ 4000 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rilma Maria da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 145/2012, que trata da prevenção a lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre a profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, abertura para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 002 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SINDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS, BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO Bras Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0817 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 95338V

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E/OU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Rilma Maria da Silva de 10 de maio de 2017
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.915/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse o site www.sacdpvat.org.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-000000.





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELO

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Helma Maria da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 4.633.481 EXPECIDO POR SDS LRE EM 10/04/2012
CPF 89.120.131.94 (CNPJ) 00.000.000 PROFISSÃO Docente
E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Helma Maria da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

1 - A Circular Susep nº 145/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 073 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA, operação 013 da CEF aberta em Unidade Federais com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em protesto (nesse momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL, www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISOVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiária;

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0811 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 9533-8

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0811 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 9533-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TOTALIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E/OU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Helma Maria da Silva de março de 2012
LOCAL E DATA
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.000,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$11.000,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de inquiry prevista na Lei 11.941/2009); reembolso de até R\$ 2.000,00 em caso de despesas médicas-hospitalares;
- Não acompanha o processo de depósito o crédito da indenização, caso o beneficiário não tenha em conta ou figure para o SAC DPVAT 0504-1077.





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PE

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados de beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Helma Maria da Silva
PORTADORA DO RG Nº 4.633.481 EXPEDIDO POR SPS/DF EM 30/04/2012
CPF 59.112.033.419-4 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 PROFISSÃO Docente
E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 PROFISSÃO Docente
AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABaixo PRESTADAS.

1 - A Circular Sineq nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todos as pessoas e entidades no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, também se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta, quando o beneficiário não for titular;
- Conta tipo FACIL, pensão para o fim de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACIL, operação 021 da CEF (Casa Econômica Federal);
- Conta poupança, operação 012 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativo ou em processo de regularização ou cancelada (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL, www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scaneada colorida, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0001 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0001

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRASDESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0001 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 9533-8 V

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E FIZO COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Helma Maria da Silva 30 de maio de 2012
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 3.000,00 em caso de morte e/ou invalidez, que será paga aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação de esta natureza. A indenização é paga em uma única vez, em caso de morte, e em parcelas mensais, em caso de invalidez. O valor da indenização é pago em nome do beneficiário e de acordo com a legislação de seguro-privado em vigor. O valor da indenização é pago em nome do beneficiário e de acordo com a legislação de seguro-privado em vigor.



ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:07:04

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800-726 0181
0800 726 7474

149-35583302-9

23/Mai/2017

HORA DE 18:18:26

LOT: 15.17581-5

TERMO: 015439

LOCAL: IDADE: BUENOS AIRES

CONTROLE: 238214970

RG: VITÓRIA: 0654

0072 013 86089573-8

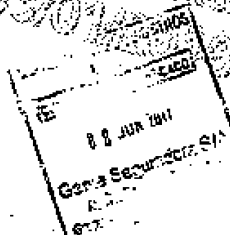
CELINA MARIA DA SILVA

149-35583302-9

13 VIA

ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:07:04

ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:07:04



ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:07:04

ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:07:04



27/03/2017 10:40

Boletim de Ocorrência

365816



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA - DP46/CIRC DINTER/11ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0136000598

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/03/2017 às 10:52

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 18/3/2017 no período da Tarde

Caso ocorreu no endereço: **PRAÇA DE TIMBAUBINHA - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

TARCISIO (AUTOR/AGENTE)
KILMA MARIA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): TARCISIO; CIRCUNSCRIÇÃO
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): KILMA MARIA DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

KILMA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA JOSE CAETANO DA SILVA** Pai: **JOSE ZOMER DA SILVA** Data de Nascimento: **28/11/1971** Nacionalidade: **TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **AUT. 201135587E (RG): 89120779453 (CPF) Estado CIVIL SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares: 991631305**

Residência: **RUA JOSE GOUVEIA BURDA, 385, TIMBAUBINHA, BAR DO BODE - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL, BAR DO BODE**

TARCISIO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **KILMA MARIA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **KILMA MARIA DA SILVA**

Cor: **VERMELHA** Marca: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Querido apreendido: **NÃO**
Lic. **VERMELHA - (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Pl. **KME7709 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **162953305** Chassi: **9C6RE12Z0P0000313**
Vel. **Forquilha/Modelo: 2009/2009 Combustível: GASOLINA**

CARRO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **TARCISIO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TARCISIO**

Cor: **BRANCA** Marca: **AUTOMÓVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **NÃO**
Lic. **BRANCA - (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLX3647 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

KILMA MARIA DA SILVA INFORMA QUE NO DIA 18 DE MARÇO DE 2017 ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA PLACA KME 7709 PELA PRAÇA DE TIMBAUBINHA, QUANDO AO SE APROXIMAR DE UM VEÍCULO QUE ESTAVA PARADO A SUA FRENTE, O MOTORISTA RUDEU DE FAIXA SEM AVISAR. KILMA NÃO CONSEGUIU FREAR A VELOCIDADE E ACABOU SE CHOCANDO NO CARRO. O SAMU FOI ACIONADO E LEVOU KILMA A UPA DE TIMBAUBA. O MOTORISTA FOI IDENTIFICADO POSTERIORMENTE POR TARCISIO E CARRO ERA UM UNO PLACA KLX 3647.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

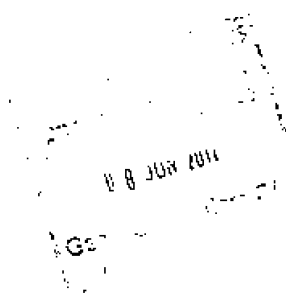
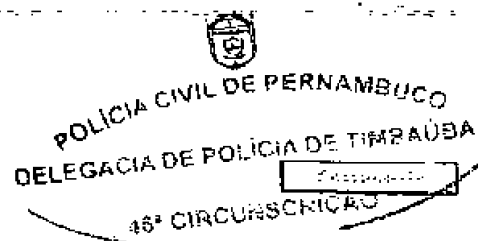
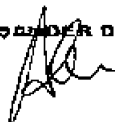
Assinado por:

Galvão de Olayê Lima

Kilma maria da Silva

KILMA MARIA DA SILVA
Tribunal

LUU, registrado por: ALEXANDER DE MOURA - Matrícula: 272938-8





0001

22/09/2017

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA -
DEPARTAMENTO DE DEFESA SOCIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 17E0136001691

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/09/2017 às
 14:13

Complementa o BO Número: 17E0136000598

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
 que aconteceu no dia 16/8/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: PRAÇA DE TIMBAUBINHA -
 TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1 -
 Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

TARCISIO (AUTOR AGENTE)
 ELIAS MORAES DE OLIVEIRA (OUTRO)
 KILMA MARIA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
 KILMA MARIA DA SILVA
 VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
 TARCISIO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

KILMA MARIA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSE
 CAETANO DA SILVA Pai: JOSE SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 25/11/1971
 Nacionalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4031401/205/PE (RG),
 09120778403 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 4ª. GRAU INCOMPLETO
 Telefones Celulares:
 - 0998841305

Residência: RUA JOSE OLIVEIRA BORDA, 385, TIMBAUBINHA, BAR DO BODE -
 TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1 - CEP: 0 -
 Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL, BAR DO BODE

TARCISIO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: NÃO INFORMADO



/ PERNAMBUCO / BRASIL

ELIAS MORAES DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELIAS MORAES DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **KILMA MARIA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHE7736A** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **462993395** Chassi: **90082123999900319**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

CARRO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **TARCISIO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TARCISIO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLX3647** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

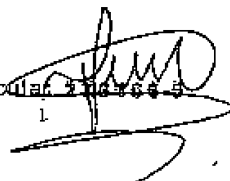
Complemento / Observação

KILMA MARIA DA SILVA informa que no dia **16 DE MARÇO DE 2017** estava conduzindo a **MOTOCICLETA YAMAHA** placa **KHE 7736** pela praça de **TISSAUSINHA**, quando ao se aproximar de um veículo que estava parado a sua frente, o **MOTORISTA** mudou de faixa sem avisar. **KILMA** não conseguiu frear a tempo e acabou se chocando no **CARRO**. O **SARU** foi acionado e levou **KILMA** a UPA de **TISSAUSINHA**. O **MOTORISTA** foi identificado posteriormente por **TARCISIO** e **CARRO** era um **UNO** placa **KLX 3647**.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade de polícia

KILMA MARIA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LUZIA ELZA MACIEL BERNARDES** - Matrícula: **21466-4**






GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA -
DP45-CIRC-AM-071411PDSSEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 17E0136001691

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/09/2017 às 14:13

Complementa o BO Número: 17E0136000598

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 18/3/2017 no período da Tarde.

Fato ocorrido no endereço: PRAÇA DE TIMBAUBINHA -
TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1 -
Setor: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

TARCISIO (AUTOR AGENTE)
ELIAS MORAES DE OLIVEIRA (OUTRO)
KILMA MARIA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
KILMA MARIA DA SILVA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
TARCISIO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

KILMA MARIA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSE
CASTANO DA SILVA Pai: JOSE SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 29/11/1974
Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4032404/SSDP/PE (RG),
00120779602 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO
Telefones Celulares:
- 000824308

Residência: RUA JOSE OLIVEIRA BORDA, 185, TIMBAUBINHA, BAR DO BODE -
TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1 - CEP: 0 -
Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL, BAR DO BODE

TARCISIO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO



PERNAMBUCO / BRASIL

ELIAS MORAES DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ELIAS MORAES DE OLIVEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): KILMA MARIA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor/Vermelha - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: HMP7769 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 102053395 Chassi: 006H2123000000913
Ano Fabricação/Modelo: 2008/2009 Combustível: GASOLINA

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): TARCISIO, que estava em posse do(a) Sr(a): TARCISIO
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEIS/FIAT/UNO Objeto apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KLY3647 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

KILMA MARIA DA SILVA INFORMA QUE NO DIA 21 DE MARÇO DE 2017 ESTAVA SOMBREZINHO A MOTOCICLETA YAMAHA PLACA HME 7769 PELA PRACA DE TIMBAUBINHA, QUANDO AO SE APROXIMAR DE UM VEICULO QUE ESTAVA PARADO A SUA FRENTE, O MOTORISTA MUDOU DE FAIXA SEM AVISAR, KILMA NÃO CONSEGUIU FREIAR A TEMPO E ACASOU SE CHOCCANDO NO CARRO. O CARRO FOTACIONADO E LEVOU KILMA A UPA DE TIMBAUBA. O MOTORISTA FOI IDENTIFICADO POSTERIORMENTE POR TARCISIO E CARRO ERA UM UNO PLACA KLY 3647.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

KILMA MARIA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: LUZIA ELZA MACIEL BERNARDES - Matrícula: 133435



414304



3764

2002787/12

Boletim de Ocorrência

200 317

file:///C:/Users/Polícia Civil/Desktop/BOLETOEPreview.html



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA
DP45-CIR. 045-001-1º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 17E0136001691

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/09/2017 às
14:13

Complemento o BO Número: 17E0136000588

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 16/2/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: PRAÇA DE TIMBAUBINHA -
TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1 -
Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local ou Rua: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

TARCISIO (AUTOR VALENTE)
ELIAS MORAES DE OLIVEIRA (OUTRO)
NILMA MARIA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
NILMA MARIA DA SILVA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
TARCISIO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**NILMA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nome: MARIA JOSE
CASTANHO DA SILVA Per: JOSE SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 28/11/1971
Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4003401/SS/PE (RG).
30920728603 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRÁU INCOMPLETO
Identificação Civil: 001534308**

**Residência: RUA JOSE GOUVERIA BORDA, 155, TIMBAUBINHA, BAR DO BODE -
TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1 - CEP: 0 -
Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL, BAR DO BODE**

TARCISIO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO

200 2

22/09/2017 14:12



PERNAMBUCO / BRASIL

ELIAS MORAES DE OLIVEIRA (não apresenta identificação) - Sexo: masculino
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) ELIAS MORAES DE OLIVEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a) KILMA MARIA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO
Cor: VERDEZINHA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: HMP9920 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 002053000 Chassi: 0001E133000000312
Ano Fabricação/Modelo: 2000/2000 Combustível: GASOLINA

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) TARCISIO, que estava em posse do(a) Sr(a) TARCISIO
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOBIL/FIAT/UNO Objeto apreendido: NÃO
Cor: BRANCA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: MLX3647 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

KILMA MARIA DA SILVA INFORMA QUE NO DIA 10 DE MARÇO DE 2017 ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA YAMAHA PLACA HMP 9920 PELA PRAÇA DE TIMBAUBINHA, QUANDO AO SE APROXIMAR DE UM VEICULO QUE ESTAVA PARADO A SUA FRENTE, O MOTORISTA MUDOU DE FAIXA SEM AVISAR, KILMA NÃO CONSEGUIU FREAR A TEMPO E ACABOU SE CHOCANDO NO CARRO. O CARRO FOI ACIONADO E LEVOU KILMA A UMA PRATELA DE TIMBAUBA. O MOTORISTA FOI IDENTIFICADO POSTERIORMENTE POR TARCISIO E CARRO ERA UM UNO PLACA MLX 3647.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

KILMA MARIA DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: LUIZIA ELZA MACIEL BERNARDES - Matrícula: 31450



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Kilma Ymaria da Silva, portador da carteira de identidade nº 4.633.486 e inscrito no CPF/MF sob o nº 891.207.794-53 residente e domiciliado na Rua José Gouveia Borges, nº 385, Cidade Timbóuba, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

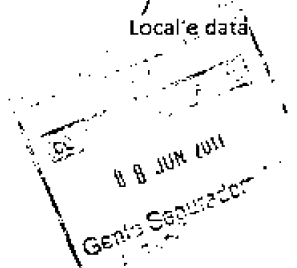
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Kilma Ymaria da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Timbóuba, 30 de maio 2013



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Kilma Ymaria da Silva, portador da carteira de identidade nº 4.633.481 e inscrito no CPF/MF sob o nº 891.207.794-53 residente e domiciliado na Rua Frei Gonçalo Boala, N.º 385, Cidade Timbó, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

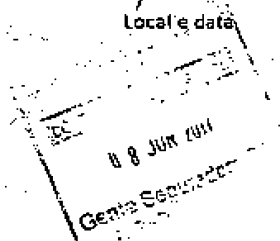
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Kilma Ymaria da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Timbó, 30 de maio, 2013





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Kilma Maria da Silva, portador de carteira de identidade nº 4633481 e inscrito no CPF/MF sob o nº 891.203.390-53, residente e domiciliado na Rua Frei Gonçalo Borda, n. 385, Cidade Timbucuma, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

*Kilma Maria da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Timbucuma, 30 de maio 2018

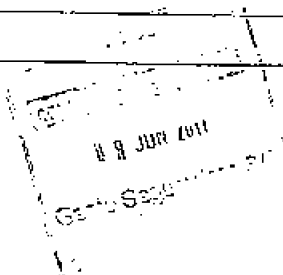
Local e data

6 JUN 2018

Carta Seguradora



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA			
Prefeitura Municipal: PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAUBA		Data: 16/03/2020	
S. M. S. HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO		Hora: 16/03/2020	
Unidade de Saúde: HOSP MUNIC DR JOAO COUTINHO E MAT D PRIMITIVA			
01 - DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO		Atendimento nº	
Nome do Usuário: <u>Adriana Maria da Silva</u>		Nº Prontuário	
Cartão SUS	Data Nascimento: <u>10/09/2012</u> Idade: <u>7</u>	Sexo: <u>F</u>	Nº Grp Familiar
Mãe:	Pat:	Ocupaç:	
Logradouro:	Nº: <u>385</u>	Complemento:	
Bairro/Localidade: <u>Assim. São Gabriel</u>	Município: <u>TIMBAUBA</u>	UF: <u>PE</u>	Telefone:
Clinica:	Data:	Hora:	
Motivo da procura:	Rubrica Servidor:		
Assinatura do Paciente:			
02 - ACOLHIMENTO () Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito			
Acolhimento com classificação de risco: <u>Acidente de Trabalho - Coluna Cervical - motor</u>			
Assinatura: <u>[Assinatura]</u> Classificação: <u>Verde</u>			
03 - ANAMNESE:			
<u>Exatidão maior sobre a informação de que a paciente, após HAS, tem paciente sintoma de coluna motor - torção da coluna - com dor nos braços, de um lado em maior dor. Em tempo agudo, tentou fazer o movimento, vomitou, após o início de vômito e náusea.</u>			
04 - EXAME FÍSICO: Temperatura: _____ FC: <u>76</u> PA: <u>120x70</u> FR: _____ Glasgow: _____			
<u>Ac. Sanguíneo: BEA, HCT, hemoglobina, hematócrito, hemograma, plaquetas, coagulantes, etc.</u>			
<u>Ac. Urina: em APT, em P/A. ACU: RCP em 2T, BENT. simples.</u>			
<u>ABDOM: NDV.</u>			
<u>Neurologia - Glasgow 15. Reflexos normais, vibratórios e proprioceptivos.</u>			
05 - EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:			
() Laboratório: <u>ND - Acidente Matricial</u>			
() Radiológico:			
() ECG () Outros: <u>ed - observação</u>			
Hipótese do Diagnóstico: <u>- Lesão Medula - 500ml. Exat.</u>			
<u>- Dificuldade - 01 Amp. ADRIANA</u>			
Condução: () Medicação () Observação () Laudo para APT			
Saída: Data/Hora _____ às _____			
() Outra Unid. Urgência () Especialidade			
() Internação no Hospital			
Assinatura do Médico: <u>[Assinatura]</u> (Carimbo e Assinatura)			
Dr. Emanuel Bopps Médico CRM-PE 9771 CRM-PE 23614			





FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA			
Prefeitura Municipal: PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAUBA		Data: 16/07/20	
S. M. S.: HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO		Hora: 16/07/20	
Unidade de Saúde: HOSP MUNIC DR JOAO COUTINHO E MAT O PRIMITIVA			
01 - DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO			
Nome do Usuário: <u>Helma Maria da Silva</u>	Atendimento nº		Nº Prontuário
Cartão SUS	Data Nascimento: <u>16/09/2072</u>	Idade: <u>38</u>	Sexo: <u>f</u>
Mãe:	Pat:	Ocupação:	Nº Cóp Familiar
Logradouro:	AP: <u>385</u>	Complemento:	
Bairro/Localidade: <u>Paraíso</u>	Município: <u>TIMBAUBA</u>	UF: <u>PE</u>	Telefone:
Clinica:	Data:	Hora:	
Motivo da procura:	Rubrica Servidor:		
Assinatura do Paciente:			
02 - ACOLHIMENTO () Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito			
Acolhimento com classificação de risco: <u>Acidente de Trabalho - Coluna Cervical - Nervo</u>			
Assinatura: <u>[Assinatura]</u> Classificação: <u>Verde</u>			
03 - ANAMNESE:			
<u>Exame físico realizado no dia 16/07/2020, com HAS, PA 120x70, FC 76, FR 20, Glasgow 15. Paciente vítima de acidente de trabalho, com queda de um dos membros superiores, com dor no local da lesão, com inchaço e vermelhidão. Não há perda de consciência, vômitos, febre ou outros sintomas.</u>			
04 - EXAME FÍSICO: Temperatura: <u>36</u> FC: <u>76</u> PA: <u>120x70</u> FR: <u>20</u> Glasgow: <u>15</u>			
<u>Ac - membros superiores: PA, PATE superior, inchado, dor no local, com inchaço e vermelhidão. Ac - membros inferiores: PA, PATE inferior, inchado, dor no local, com inchaço e vermelhidão. Abdome - N.D.N. Neurologia - Glasgow 15. Reflexos tendinosos, normais e patológicos.</u>			
05 - EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:			
() Laboratório: <u>ND - Acidente de Trabalho</u>			
() Radiológico: <u>15.20</u>			
() ECG () Outros: <u>ed - observação</u>			
Hipótese do Diagnóstico: <u>Lesão de tendão - 500ml, Exeto</u>			
Conduta: () Medicação () Observação () Laudo para AII			
Saída: Data/Hora: <u>16/07/2020</u> às <u>15:20</u> () Alta para UBS () Alta para UAS () Outros			
() Outra Unid. Urgência () Especialidade			
() Internação no Hospital			
Assinatura do Médico: <u>[Assinatura]</u> CRM-PE 9777 CRM-PE 23610			

16 JUL 2020
GEM. SERVIÇO



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KILMA MARIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00877

CONTA: 000000009573-8

Nr. da Autenticação 53DE0BD99A0F6E63



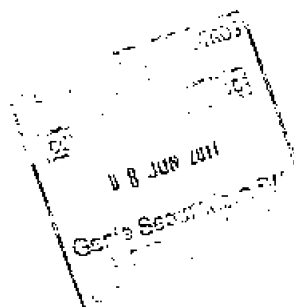
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Kilma maria da SilvaRG nº 4.633.481, data de expedição 10/04/2012 Órgão SOSIPE

CPF nº 891.209.394-53 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Genesio Barbosa</u>
Número	<u>285</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Timbaúba</u>
Cidade	<u>Timbaúba</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55840-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9-9216-2319 (81) 9-9543-3413</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Timbaúba, 30 de maio de 2017Assinatura do Declarante: Kilma maria da Silva



Rede Social de Energia Eletrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
DATA FISCAL - FATURA - CONTRATO DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-000
CNPJ: 13.035.933/0001-03 | Insc. Est. 0009643-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
RUA SODRÁS DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE DE CONSUMO
RUA JOSEFA ALVES LOPES, 339

CPF 341.528.574-04

TIMZALBIA LUTIMOLINA
TIMZALBA, PE
55010-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
BAIXA RENDIMENTO
Módulo 1500

CONTA CONTRATO
0490636013
02/2017
DATA DE VENCIMENTO
17/02/2017
DATA DE EMISSÃO
14/03/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)
123,00

Nº DA NOTA FISCAL
001100550
Nº DO CLIENTE
20060811334350900000061990355
Nº DE REGISTRAÇÃO
0003300

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR (R\$)
Consumo Ativo de 501 kWh	30,00000000	0,2015614	6,04
Consumo Ativo superior a 50 até 1001 kWh	10,00000000	0,20134663	2,01
Consumo Ativo superior a 100 até 229 kWh	120,00000000	0,52701763	63,24
Consumo Ativo superior a 229 kWh	8,00000000	0,56559750	4,52
Contribuição Rumo ao P. LULA			72,18
ICMS S/valor e de ICMS de 0,14185570 - 14/12/16			0,40
Imposto de Renda de 0,00371307 - 13/01/17			1,38
Juros por atraso de 0,00195497 - 13/01/17			0,30

TOTAL DA FATURA 123,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	PERÍODO	DATA	LEITURA	QUANTIDADE	PREÇO	CONSUMO	VALOR	CONSUMO
17/02	17/02	17/02/17	63000	705150	75	1,0000	75,00	75,00

ANÁLISE DE CONSUMO



ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	DATA	LEITURA	QUANTIDADE	PREÇO	CONSUMO	VALOR
FEV 17	2017	62950	501	0,20	100,20	100,20
MAR 17	2017	63000	501	0,20	100,20	100,20
ABR 17	2017	63050	501	0,20	100,20	100,20
MAY 17	2017	63100	501	0,20	100,20	100,20
JUN 17	2017	63150	501	0,20	100,20	100,20

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	DATA	LEITURA	QUANTIDADE	PREÇO	CONSUMO	VALOR
FEV 17	2017	62950	501	0,20	100,20	100,20
MAR 17	2017	63000	501	0,20	100,20	100,20
ABR 17	2017	63050	501	0,20	100,20	100,20
MAY 17	2017	63100	501	0,20	100,20	100,20
JUN 17	2017	63150	501	0,20	100,20	100,20

VALORES APLICÁVEIS

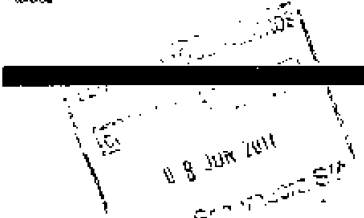
Imposto de Renda de 0,00371307 - 13/01/17	1,38
ICMS S/valor e de ICMS de 0,14185570 - 14/12/16	0,40
Contribuição Rumo ao P. LULA	72,18
Consumo Ativo superior a 229 kWh	4,52
Consumo Ativo superior a 100 até 229 kWh	2,01
Consumo Ativo de 501 kWh	6,04

RECAPITULANDO

17/02/2017 DE 001100550 R\$ 123,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Fatura de energia elétrica emitida em nome de: YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, inscrita no CNPJ nº 13.035.933/0001-03, sob o nº de inscrição estadual nº 0009643-03, emitida em nome de: YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, inscrita no CNPJ nº 13.035.933/0001-03, sob o nº de inscrição estadual nº 0009643-03, emitida em nome de: YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, inscrita no CNPJ nº 13.035.933/0001-03, sob o nº de inscrição estadual nº 0009643-03.



Assinado eletronicamente por: YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, inscrita no CNPJ nº 13.035.933/0001-03, sob o nº de inscrição estadual nº 0009643-03, emitida em nome de: YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, inscrita no CNPJ nº 13.035.933/0001-03, sob o nº de inscrição estadual nº 0009643-03.

PERÍODO	DATA	LEITURA	QUANTIDADE	PREÇO	CONSUMO	VALOR
FEV 17	2017	62950	501	0,20	100,20	100,20
MAR 17	2017	63000	501	0,20	100,20	100,20
ABR 17	2017	63050	501	0,20	100,20	100,20
MAY 17	2017	63100	501	0,20	100,20	100,20
JUN 17	2017	63150	501	0,20	100,20	100,20



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Rafaela Maria de Santana Cavalcanti
RG nº 9988638, data de expedição 10/02/2011, Órgão SDS/PE

CPF nº 056.005.684-50, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Jose Tâmiliano</u>
Número	<u>1A</u>
Apto / Complemento	<u>3 -</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Buenos Aires</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55845-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9-9543-3413 / (81) 9-9216-2319</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Buenos Aires, 30 de maio de 2019

Assinatura do Declarante: Rafaela Maria de S. Cavalcanti

08.05.2011





Companhia Energética da Paranaíba
Rua Indagação, 111, Vila Velha, Recife, Pernambuco - CEP 55050-902
CNPJ 13.815.070/0001-01 E-mail: 00154343@celpe.com.br

SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO DE FÁBRICA

ENDEREÇO: RUA JOSÉ EMILIANO, 111 - JARDIM
BOM JARDIM - RECIFE - PE

CPF: 032.966.014-32

CENTRO BUELOS AERES
BUENOS AIRES PE
55615-000

OUTROS SERVIÇOS OUTRAS ATIVIDADES
MONTAGEM

APRESENTAÇÃO: 2000000000
CATEGORIA: 0000000000
CÓDIGO: 0000000000

CONTRATO: 2659845019
DATA DE VENCIMENTO: 02/05/2017
VALOR: 19.23

CONSUMO ANUAL (KWH)	CONSUMO (KWH)	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Anual (KWH)	10.000.000	0.1923	1.923
Consumo Anual (KWH)	10.000.000	0.1923	1.923
Consumo Anual (KWH)	10.000.000	0.1923	1.923
Consumo Anual (KWH)	10.000.000	0.1923	1.923
Consumo Anual (KWH)	10.000.000	0.1923	1.923
Consumo Anual (KWH)	10.000.000	0.1923	1.923
Consumo Anual (KWH)	10.000.000	0.1923	1.923
Consumo Anual (KWH)	10.000.000	0.1923	1.923
Consumo Anual (KWH)	10.000.000	0.1923	1.923
Consumo Anual (KWH)	10.000.000	0.1923	1.923

TOTAL DA FATURA

DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23
02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23
02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23
02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23
02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23
02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23
02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23
02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23
02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23

DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23
02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23
02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23
02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23
02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23
02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23
02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23
02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23
02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23	02/05/2017	19.23

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 100% À VISTA
PRAZO DE PAGAMENTO: 10 DIAS
DATA DE PAGAMENTO: 02/05/2017

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 100% À VISTA
PRAZO DE PAGAMENTO: 10 DIAS
DATA DE PAGAMENTO: 02/05/2017

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 100% À VISTA
PRAZO DE PAGAMENTO: 10 DIAS
DATA DE PAGAMENTO: 02/05/2017

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 100% À VISTA
PRAZO DE PAGAMENTO: 10 DIAS
DATA DE PAGAMENTO: 02/05/2017

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 100% À VISTA
PRAZO DE PAGAMENTO: 10 DIAS
DATA DE PAGAMENTO: 02/05/2017

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 100% À VISTA
PRAZO DE PAGAMENTO: 10 DIAS
DATA DE PAGAMENTO: 02/05/2017

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 100% À VISTA
PRAZO DE PAGAMENTO: 10 DIAS
DATA DE PAGAMENTO: 02/05/2017

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 100% À VISTA
PRAZO DE PAGAMENTO: 10 DIAS
DATA DE PAGAMENTO: 02/05/2017

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 100% À VISTA
PRAZO DE PAGAMENTO: 10 DIAS
DATA DE PAGAMENTO: 02/05/2017

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Kilma Maria da Silva
RG nº 4.633.481, data de expedição 10/04/2012 Órgão SOSIPE

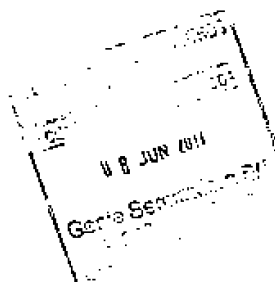
CPF nº 891.207.894-53 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Frei Gomecia Borba</u>
Número	<u>385</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Timbaúba</u>
Cidade	<u>Timbaúba</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55840-000</u>
Telefone de Contato	<u>819-9216-2319 / 819-9543-3413</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Timbaúba, 30 de maio de 2017

Assinatura do Declarante: Kilma Maria da Silva



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA		2a VIA
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93	 Grupo Neoenergia www.celpe.com.br	Tarifa Social de Energia Elétrica - COMERCIAL Atendimento ao deficiente auditivo 0800-727-0167 Agência de Regulação dos Serviços Públicos de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Grat Agência Nacional de Energia Elétrica 167-Ligação Gratuita de 0800-727-0167

DADOS DO CLIENTE JOSE SOARES DA SILVA CPF: 341.528.574-04 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA JOSE GOUVEIA BÔRBA 385 TIMBAUSINHA/TIMBAUBA 65870-000 TIMBAUBA PE As condições gerais do fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos são encontrados à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br	DATA DE VENCIMENTO 21/09/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 13/09/2017 DATA DA APRESENTAÇÃO 13/09/2017 NÚMERO DA NOTA FISCAL 001318021	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico RESERVADO AO FISCO 6EAD.4777.C871.20D3.7837.0A45.978A.BFB3
--	---	--	--

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL					
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)		
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,17035803	5,11		
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,29204234	20,44		
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	21,00	0,43806351	9,19		
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,63		
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,24		
Contribuição Iluminação Pública			14,22		
Multa por atraso-NF 001290411 - 14/08/17			0,81		
Juros por atraso-NF 001290411 - 14/08/17			0,12		
TOTAL DA FATURA			51,76		
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	36,61	0,64	0,23
			36,61	3,00	1,09

Tarifas Aplicadas		HIS
Consumo Ativo até 30 kWh 0,16415700		
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,29141200		SET 17
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh 0,42218000		AGO 17
		JUL 17
		JUN 17
		MAI 17
		ABR 17
		MAR 17
		FEV 17
		JAN 17
		DEZ 16
		NOV 16
		OUT 16
		SET 16

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	15,05	41,10
Transmissão	1,43	3,91
Distribuição (Cabo)	11,72	32,15
Encargos Setoriais	3,50	9,35
Tributos	1,32	3,61
TOTAL	36,61	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE GRAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
F11584	CAT	14/08/2017	7.928,00	13/09/2017	8.049,00	30	1,00000	0,00	121,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/10/2017									

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/10/2017

11 OUT 2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES		
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO
Jul 2017		
DEC-Nº de horas sem Energia	TIMBAUBA	0,00
DEC-Nº de vezes sem Energia		0,00
DEC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00
DEC-Duração de interrupção em dia crítico		
DEC-Valor do Energia de Uso = R\$		16,88





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Kilma maria da Silva
RG nº 4.633.481, data de expedição 10/04/2012 Órgão SIBIRPE

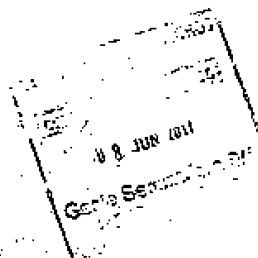
CPF nº 891.202.994-53 venho perante a este instrumento declarar que não possui comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Gervásio Borba</u>
Número	<u>285</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Imbuizinho</u>
Cidade	<u>Imbuizinho</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55840-000</u>
Telefone de Contato	<u>819-9216-2319</u> / <u>81-9-9543-3413</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Imbuizinho, 30 de maio de 2013

Assinatura do Declarante: Kilma maria da Silva



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA				2a VIA																																								
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93		 celpe Grupo Aboenergia www.celpe.com.br		Tarifa Social de Energia Elétrica - COMERCIAL Atendimento ao deficiente auditivo 0800-727-0157 Agência de Regulação dos Serviços Públicos de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0157-Ligação Gratuita Agência Nacional de Energia Elétrica-ANEL: 0800-727-0157-Ligação Gratuita de 18h																																								
DADOS DO CLIENTE JOSE SOARES DA SILVA CPF: 341.628.574-04 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA JOSE GOUVEIA BORBA 385 TIMBAUBINHA/TIMBAUBA 55670-000 TIMBAUBA PE As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		DATA DE VENCIMENTO 21/09/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00 CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico RESERVADO AO FISCO 6EAD.4777.C871.20D3.7837.0A45.978A.BFB3		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 13/09/2017 DATA DA APRESENTAÇÃO 13/09/2017 NÚMERO DA NOTA FISCAL 001316021																																								
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo até 30 kWh</td> <td>30,00</td> <td>0,17036803</td> <td>5,11</td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh</td> <td>70,00</td> <td>0,29204234</td> <td>20,44</td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh</td> <td>21,00</td> <td>0,43886251</td> <td>9,21</td> </tr> <tr> <td>Acréscimo Bandeira AMARELA</td> <td></td> <td></td> <td>0,53</td> </tr> <tr> <td>Acréscimo Bandeira VERMELHA</td> <td></td> <td></td> <td>1,24</td> </tr> <tr> <td>Contribuição Iluminação Pública</td> <td></td> <td></td> <td>14,22</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-NF 001290411 - 14/08/17</td> <td></td> <td></td> <td>0,81</td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-NF 001290411 - 14/08/17</td> <td></td> <td></td> <td>0,12</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DA FATURA</td> <td></td> <td></td> <td>51,76</td> </tr> </tbody> </table>					DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,17036803	5,11	Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,29204234	20,44	Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	21,00	0,43886251	9,21	Acréscimo Bandeira AMARELA			0,53	Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,24	Contribuição Iluminação Pública			14,22	Multa por atraso-NF 001290411 - 14/08/17			0,81	Juros por atraso-NF 001290411 - 14/08/17			0,12	TOTAL DA FATURA			51,76
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																									
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,17036803	5,11																																									
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,29204234	20,44																																									
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	21,00	0,43886251	9,21																																									
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,53																																									
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,24																																									
Contribuição Iluminação Pública			14,22																																									
Multa por atraso-NF 001290411 - 14/08/17			0,81																																									
Juros por atraso-NF 001290411 - 14/08/17			0,12																																									
TOTAL DA FATURA			51,76																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="8">INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</th> </tr> <tr> <th colspan="2">ICMS</th> <th colspan="2">PIS</th> <th colspan="2">COFINS</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>36,67</td> <td>0,54</td> <td>0,23</td> <td>15,61</td> <td>3,00</td> <td>1,08</td> </tr> </tbody> </table>					INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								ICMS		PIS		COFINS				BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO			0,00	0,00	36,67	0,54	0,23	15,61	3,00	1,08								
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																												
ICMS		PIS		COFINS																																								
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO																																							
0,00	0,00	36,67	0,54	0,23	15,61	3,00	1,08																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tarifas Aplicadas</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo até 30 kWh</td> <td>0,17036803</td> <td>5,11</td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh</td> <td>0,29204234</td> <td>20,44</td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh</td> <td>0,43886251</td> <td>9,21</td> </tr> </tbody> </table>					Tarifas Aplicadas			Consumo Ativo até 30 kWh	0,17036803	5,11	Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,29204234	20,44	Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,43886251	9,21																												
Tarifas Aplicadas																																												
Consumo Ativo até 30 kWh	0,17036803	5,11																																										
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,29204234	20,44																																										
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,43886251	9,21																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">COMPOSIÇÃO DO CONSUMO</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Origem da Energia</td> <td>15,05</td> <td>44,10</td> </tr> <tr> <td>Transmissão</td> <td>1,43</td> <td>3,89</td> </tr> <tr> <td>Distribuição (Celpe)</td> <td>11,77</td> <td>32,19</td> </tr> <tr> <td>Gratanga Soturna</td> <td>3,60</td> <td>9,58</td> </tr> <tr> <td>Tributos</td> <td>9,31</td> <td>25,11</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>36,67</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>					COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			Origem da Energia	15,05	44,10	Transmissão	1,43	3,89	Distribuição (Celpe)	11,77	32,19	Gratanga Soturna	3,60	9,58	Tributos	9,31	25,11	TOTAL	36,67	100																			
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO																																												
Origem da Energia	15,05	44,10																																										
Transmissão	1,43	3,89																																										
Distribuição (Celpe)	11,77	32,19																																										
Gratanga Soturna	3,60	9,58																																										
Tributos	9,31	25,11																																										
TOTAL	36,67	100																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="8">DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">NÚMERO DO MEDIDOR</th> <th rowspan="2">TIPO DA FUNÇÃO</th> <th colspan="2">ANTERIOR</th> <th colspan="2">ATUAL</th> <th rowspan="2">AP</th> <th rowspan="2">CONSTANTE</th> <th rowspan="2">AJUSTE</th> <th rowspan="2">CONSUMO kWh</th> </tr> <tr> <th>DATA</th> <th>LEITURA</th> <th>DATA</th> <th>LEITURA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P1554</td> <td>CAT</td> <td>14/08/2017</td> <td>7.218,00</td> <td>13/09/2017</td> <td>8.049,00</td> <td>30</td> <td>1.000,00</td> <td>0,00</td> <td>121,08</td> </tr> </tbody> </table>					DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		AP	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	P1554	CAT	14/08/2017	7.218,00	13/09/2017	8.049,00	30	1.000,00	0,00	121,08								
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL																																												
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		AP	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh																																			
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA																																							
P1554	CAT	14/08/2017	7.218,00	13/09/2017	8.049,00	30	1.000,00	0,00	121,08																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES</th> </tr> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>CONSUMO</th> <th>VALOR APURADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DEC-Núcleo Normal com Energia</td> <td>TIMBAUBA</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>DEC-Núcleo Normal sem Energia</td> <td></td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>DMC-Duração máxima da interrupção em horas</td> <td></td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>DEC-Duração da interrupção em dias</td> <td></td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>DEC-Valor do Encargo de Uso = R\$</td> <td></td> <td>16,88</td> </tr> </tbody> </table>					DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES			DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO	DEC-Núcleo Normal com Energia	TIMBAUBA	0,00	DEC-Núcleo Normal sem Energia		0,00	DMC-Duração máxima da interrupção em horas		0,00	DEC-Duração da interrupção em dias		0,00	DEC-Valor do Encargo de Uso = R\$		16,88																			
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES																																												
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO																																										
DEC-Núcleo Normal com Energia	TIMBAUBA	0,00																																										
DEC-Núcleo Normal sem Energia		0,00																																										
DMC-Duração máxima da interrupção em horas		0,00																																										
DEC-Duração da interrupção em dias		0,00																																										
DEC-Valor do Encargo de Uso = R\$		16,88																																										

11 OUT 2017

11/10/2017 15:01



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafaela Maria de Santana Cavalcanti

RG nº 9988638, data de expedição 10/02/2011, Órgão SDS/DE

CPF nº 086.005.684-80, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

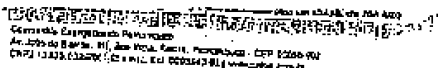
Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Rua José Tâmiliano</u>
Número	<u>1A</u>
Apto / Complemento	<u>02 -</u>
Bairro	<u>Centear</u>
Cidade	<u>Buenos Aires</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55845-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9-9543-3413 / (81) 9-9216-2319</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Buenos Aires, 30 de maio de 2019

Assinatura do Declarante: Rafaela Maria de S. Cavalcanti





JOSE EMILIANO LA

537 030 250 244.14

CENTRO SUENOS AIRES
BUENOS AIRES DE
5543000

[illegible]

2659845019 04/2017

[illegible]

02/05/2017 25/05/2017

200675364

1933

1. *Staphylococcus aureus* (100%)

Page 1

Continuing Education
 Approved by the American Psychological Association
 for continuing education credit
 Continuing Education in Psychology
 15.000 CEUs for this course
 15.000 CEUs for this course
 15.000 CEUs for this course

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	BALANCE
10/1/70	1000000	1000000	1000000
10/2/70	1000000	1000000	1000000
10/3/70	1000000	1000000	1000000
10/4/70	1000000	1000000	1000000
10/5/70	1000000	1000000	1000000
10/6/70	1000000	1000000	1000000
10/7/70	1000000	1000000	1000000
10/8/70	1000000	1000000	1000000
10/9/70	1000000	1000000	1000000
10/10/70	1000000	1000000	1000000
10/11/70	1000000	1000000	1000000
10/12/70	1000000	1000000	1000000
10/13/70	1000000	1000000	1000000
10/14/70	1000000	1000000	1000000
10/15/70	1000000	1000000	1000000
10/16/70	1000000	1000000	1000000
10/17/70	1000000	1000000	1000000
10/18/70	1000000	1000000	1000000
10/19/70	1000000	1000000	1000000
10/20/70	1000000	1000000	1000000
10/21/70	1000000	1000000	1000000
10/22/70	1000000	1000000	1000000
10/23/70	1000000	1000000	1000000
10/24/70	1000000	1000000	1000000
10/25/70	1000000	1000000	1000000
10/26/70	1000000	1000000	1000000
10/27/70	1000000	1000000	1000000
10/28/70	1000000	1000000	1000000
10/29/70	1000000	1000000	1000000
10/30/70	1000000	1000000	1000000
10/31/70	1000000	1000000	1000000
11/1/70	1000000	1000000	1000000
11/2/70	1000000	1000000	1000000
11/3/70	1000000	1000000	1000000
11/4/70	1000000	1000000	1000000
11/5/70	1000000	1000000	1000000
11/6/70	1000000	1000000	1000000
11/7/70	1000000	1000000	1000000
11/8/70	1000000	1000000	1000000
11/9/70	1000000	1000000	1000000
11/10/70	1000000	1000000	1000000
11/11/70	1000000	1000000	1000000
11/12/70	1000000	1000000	1000000
11/13/70	1000000	1000000	1000000
11/14/70	1000000	1000000	1000000
11/15/70	1000000	1000000	1000000
11/16/70	1000000	1000000	1000000
11/17/70	1000000	1000000	1000000
11/18/70	1000000	1000000	1000000
11/19/70	1000000	1000000	1000000
11/20/70	1000000	1000000	1000000
11/21/70	1000000	1000000	1000000
11/22/70	1000000	1000000	1000000
11/23/70	1000000	1000000	1000000
11/24/70	1000000	1000000	1000000
11/25/70	1000000	1000000	1000000
11/26/70	1000000	1000000	1000000
11/27/70	1000000	1000000	1000000
11/28/70	1000000	1000000	1000000
11/29/70	1000000	1000000	1000000
11/30/70	1000000	1000000	1000000
12/1/70	1000000	1000000	1000000
12/2/70	1000000	1000000	1000000
12/3/70	1000000	1000000	1000000
12/4/70	1000000	1000000	1000000
12/5/70	1000000	1000000	1000000
12/6/70	1000000	1000000	1000000
12/7/70	1000000	1000000	100

FOIA b 7(D)

REF ID	DATE OF RECEIPT	NAME OF DONOR	AMOUNT	CITY	STATE	FED TAX	CHAS. LANE	AUTH.	COMPLETION DATE
1000000		Dr. J. W. H. H. H.	\$ 100.00	New York	N.Y.	77			1968

DATE	TIME	LOCATION	WIND	SEA	TEMP	WIND	SEA	TEMP
1964-11-15	12:00	1000	10	10	10	10	10	10
1964-11-15	13:00	1000	10	10	10	10	10	10
1964-11-15	14:00	1000	10	10	10	10	10	10
1964-11-15	15:00	1000	10	10	10	10	10	10
1964-11-15	16:00	1000	10	10	10	10	10	10
1964-11-15	17:00	1000	10	10	10	10	10	10
1964-11-15	18:00	1000	10	10	10	10	10	10
1964-11-15	19:00	1000	10	10	10	10	10	10
1964-11-15	20:00	1000	10	10	10	10	10	10
1964-11-15	21:00	1000	10	10	10	10	10	10
1964-11-15	22:00	1000	10	10	10	10	10	10
1964-11-15	23:00	1000	10	10	10	10	10	10
1964-11-15	00:00	1000	10	10	10	10	10	10
1964-11-15	01:00	1000	10	10	10	10	10	10
1964-11-15	02:00	1000	10	10	10	10	10	10
1964-11-15	03:00	1000	10	10	10	10	10	10
1964-11-15	04:00	1000	10	10	10	10	10	10
1964-11-15	05:00	1000	10	10	10	10	10	10
1964-11-15	06:00	1000	10	10	10	10	10	10
1964-11-15	07:00	1000	10	10	10	10	10	10

4401 E 253 A 653 A 653 1370 8003 9420 4420

The following information was obtained from the records of the Department of the Interior, Bureau of Land Management, and the Bureau of Reclamation, and is being furnished to you for your information.

69 JUN 1961
Gerda Segura de Sola

Component		Weight (g)	Volume (ml)	Density (g/ml)	Mass (g)	Volume (ml)	Density (g/ml)	Mass (g)
Water	100.0	100.0	1.00	100.0	100.0	1.00	100.0	100.0
Salt	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Oil	10.0	10.0	0.90	9.0	10.0	0.90	9.0	9.0
Sugar	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Acid	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Base	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Alcohol	10.0	10.0	0.80	8.0	10.0	0.80	8.0	8.0
Glycerol	10.0	10.0	1.26	12.6	10.0	1.26	12.6	12.6
Resin	10.0	10.0	1.10	11.0	10.0	1.10	11.0	11.0
Wax	10.0	10.0	0.95	9.5	10.0	0.95	9.5	9.5
Latex	10.0	10.0	1.05	10.5	10.0	1.05	10.5	10.5
Starch	10.0	10.0	1.15	11.5	10.0	1.15	11.5	11.5
Cellulose	10.0	10.0	1.20	12.0	10.0	1.20	12.0	12.0
Protein	10.0	10.0	1.35	13.5	10.0	1.35	13.5	13.5
Lipid	10.0	10.0	0.92	9.2	10.0	0.92	9.2	9.2
Carbohydrate	10.0	10.0	1.10	11.0	10.0	1.10	11.0	11.0
Mineral	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Vitamin	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Enzyme	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibiotic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifungal	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiviral	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antiparasitic	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antibacterial	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Antifolate	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0	1.00	10.0	10.0
Anticancer	10.0	10.0	1.00	10.0				

COMPTON CONTROLS SYSTEMS, INC. 12/05/2017

8288000000003 19230011002-0 65924501910-2 07977300532 5





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu Kilma Maria da Silva
RG nº 4.633.481 data de expedição 01/04/2002 Órgão SECRETARIA

CPF nº 891.209.994-53 venho, perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Rua José Genesio Barbosa</u>
Número	<u>385</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Imbuizinho</u>
Cidade	<u>Imbuizinho</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>53840-000</u>
Telefone de Contato	<u>11 9 9216-2319 / 11 9 9543-3413</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Imbuizinho, 30 de maio de 2017

Assinatura do Declarante: Kilma Maria da Silva

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DE TÁRIFA	ANTERIOR		ATUAL		M ³ GÁS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO GÁS
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
P11884	OUT	14/02/2017	7.925,00	12/06/2017	8.631,00	30	1,00005	0,00	121,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERAÇÕES		
INTERAÇÃO	CONJUNTO	VALOR AUMENTADO
100-Muito tempo e sem energia	TRABALHA	1,000
100-Muito tempo e com energia		0,00
100-Quanto máximo de tempo pode continuar		0,00
100-Quanto tempo de interação em dia crítico		
100-Muito de energia em 1 hora em 1 dia		1,000

11/10/2017 15:01





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafaela Maria de Santana Cavalcanti

RG nº 9.988.638 Data de expedição 10/02/2014 Órgão SDS/PE

CPF nº 066.005.664-80, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avanida/Praça)	<u>Rua José Camiliano</u>
Número	<u>1A</u>
Apto / Complemento	<u>02</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Buenos Aires</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>95845-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9-9543-3413 / (81) 9-9216-2919</u>
E-mail	<u>rafaela.maria@pe.gov.br</u>

Por ser verdade, fir no-me

Local e Data: Buenos Aires, 30 de maio de 2019

Assinatura do Declarante: Rafaela Maria de Santana Cavalcanti



Arcelormittal
Sociedade por Ações
CNPJ nº 07.093.888/0001-90
Rua da Indústria, 100 - Jd. Industrial
02032-000 - São Paulo, SP

ASL-0442331/17
Júlia Lima
07/01/2018 13:03:39

0442331/17
Júlia Lima
07/01/2018 13:03:39

0442331/17
Júlia Lima
07/01/2018 13:03:39

0442331/17
Júlia Lima
07/01/2018 13:03:39

0442331/17
Júlia Lima
07/01/2018 13:03:39

0442331/17
Júlia Lima
07/01/2018 13:03:39

0442331/17
Júlia Lima
07/01/2018 13:03:39

0442331/17
Júlia Lima
07/01/2018 13:03:39

0442331/17
Júlia Lima
07/01/2018 13:03:39

0442331/17
Júlia Lima
07/01/2018 13:03:39

0442331/17
Júlia Lima
07/01/2018 13:03:39





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Rafaela Maria de Santana Cavalcanti portador(a) do

RG nº 9988638 expedido por SDS/RE em

10/02/2014 CPF/CNPJ nº 066.005.684-80

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Kilma

Maria da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Acidente Pessoal

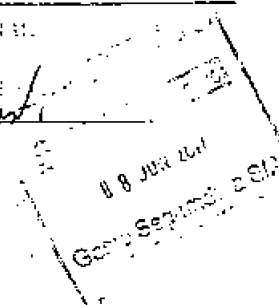
da vítima Kilma Maria da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso Renda Mensal: R\$ Recuso

Documentos comprobatórios: Recuso

Rafaela Maria de S. Cavalcanti
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada-aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Palma Maria de Santana Cavalcanti portador(a) do

RG nº 9988638, expedido por SDS/PE em

10/02/2014, CPF/CNPJ nº 066.005.684-80

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Kilma

Maria da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Acidente Pessoal

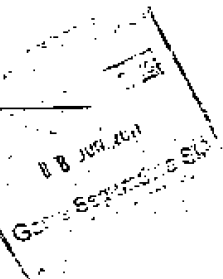
da vítima Kilma Maria da Silva e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12 declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso Renda Mensal: R\$ Recuso

Documentos comprobatórios: Recuso

Palma Maria de S. Cavalcanti
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO





0090

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada-aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Roberto Maria de S. Carvalho, portador(a) do

RG nº 9768638, expedido por SPS/RE, em

10/02/2014, CPF/CNPJ nº 056.005.684-80

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Kilma

Maria da Silva do sinistro de DPVAT da natureza VEICULO PERMANENTE

da vítima Kilma Maria da Silva, e conforme

determinação de Circular SUSEP nº 445/12 declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusa Renda Mensal: R\$ Recusa

Documentos comprobatórios: Recusa

Roberto Maria de S. Carvalho
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO

Declaração do Proprietário do Veículo



000000

000000

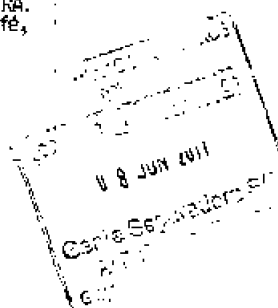
Eu, Elas Moraes de Oliveira,
RG nº 4300.503, data de expedição 16/04/1998,
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 823 200 364 P7, com
domicílio na cidade de Timbaúba, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Arlindo Rodrigues Silva, nº 509,
complemento casca, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Adma Maria da Silva, cujo o condutor era

Veículo: moto
Modelo: YAMAHA FACTOR YBR 125
Ano: 2009
Placa: KW 67709
Chassi: 90066122090080303
Data do Acidente: 16-03-2017
Local e Data: _____

* Elas Moraes de Oliveira
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º Serviço Notarial e Registral de Timbaúba - REL. ANTONIO ALVARES CONTINHO NETO - FICOM
Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco - TJPE
Rua Vitorino (Cidade Una) - Timbaúba - Pernambuco - CEP: 51427-350 - Fone: (81) 3411-4492 - E-mail: cartorio@tjpe.com.br
Reconheço, por AUTENTICIDADE, a firma de ELIAS MORAES DE OLIVEIRA,
Timbaúba/PE, 09/05/2017 14:29:17:50 referido, é verdade. Dou fé,
Emolumentos: R\$ 3,49 TRAR: R\$ 0,78 Total: 4,27 - REC-5322-4
Marta Danielle da Silva - Escrevente
Selo digital: 0150730..JUD04201701.00941
Consulta a autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Elías Moraes de Oliveira

RG nº 4300.503, data de expedição 16.12.1998.

Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 823.106.364-PE com
domicílio na cidade de Timbaúba, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Assisino Rodrigues Silva, nº 508,

complemento casca, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Adriana Maria de Silva, cujo o condutor era

Veículo: moto

Modelo: YAMAHA PAOTER YBR 125

Ano: 2009

Placa: KME 7709

Chassi: 9C666122090080308

Data do Acidente: 16-03-2017

Local e Data:

* Elías Moraes de Oliveira

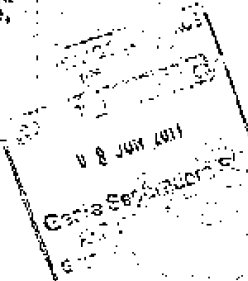
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de ELIAS MORAES DE OLIVEIRA,
Timbaúba/PE, 09/05/2017 14:29:17, o referido, é verdade. Dou fé,
Emolumentos: R\$ 5,49 TGR: R\$ 0,78 Total: 6,27 - RC25322-4

Ferta Danielle da Silva - Escrevente
Selo digital: 0130720..8004201701.00941
Consulta a autenticidade em: www.tipe.jus.br/selodigital





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Elías Homenes de Oliveira
RG nº 14.340.503 data de expedição 16/05/1998
Orgão SSP PE portador do CPF nº 813.406.364 PE com
domicílio na cidade de Fernambuco no Estado de
Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Antônio Rodrigues Silva nº 509
complemento caso declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
última id. dona maria de oliveira cujo o condutor era

Veículo: motô
Modelo: YAMAHA FAOTEX Y 92 125 cc
Ano: 2009
Placa: WWE 7709
Chassi: 9CCH6122090080303
Data do Acidente: 16-03-2017
Local e Data: 16/03/2017

Elías Homenes de Oliveira
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º Serviço Notarial e Registral de Timbalua - ALL JÚLIO ARAÚJO COSTA NETO - 1406
ZONA URBANA DE NOTAS E REGISTROS DE PROTESTOS - 1406
Recorreu por AUTENTICIDADE a firma de ELÍAS HOMENES DE OLIVEIRA
Timbalua-PE, 09/05/2017 14:29:17, o referido, é verdade. Doc. 1406
Emolumentos: R\$ 3,49 TST: R\$ 0,78 Total: 4,27 - R20322-4

Farta Danyelle da Silva - Escrevente
Selo digital: 0150730..4004201/01..40741
Consulta a autenticidade em: cm.tipe.jus.br/selodigital

49 JUN 2017
Carla Serpa
AT: Juliana Lima.0007
03/01/2018 13:05:23

ASL-0442331/17
Juliana Lima.0007
03/01/2018 13:05:23